

Migración y salud, una mirada desde el Censo 2018 en Colombia

Migration and health, a look from the 2018 Census in Colombia

Jaime Martínez-Santa¹, Julieth Andrea-Castañeda², José I. Alfonso-Mantilla^{3,a}

Resumen

Introducción. El ser humano se caracteriza por tener esferas de desarrollo específico tales como social, física, familia, espiritual y emocional. Las personas conocidas como migrantes al estar fuera de su esfera cultural, familiar y comunitaria, y bajo condiciones atípicas adoptan nuevas prácticas y estilos de vida, lo que ocasiona riesgos para la salud propia y de la comunidad por la cual han sido acogidos. **Metodología.** Se realizó un estudio de tipo descriptivo con las siguientes variables del censo de Colombia de 2018: edades quinquenales, sexo, año de llegada al país, algún problema de salud en los últimos 30 días, tratamiento principal del problema de salud, atención del problema en salud, calidad de la prestación del servicio de salud, alguna dificultad en su vida diaria, aseguramiento en salud, barreras de acceso a los servicios de salud, barreras a servicios para cuidado de la primera infancia. **Resultados.** La atención en salud de la población migrante en Colombia no está al margen de la que tenía la población propia y no hay mayor diferencia en cuanto a calidad y cobertura, género y las barreras de acceso las cuales son iguales a la población en general sin diferencias con respecto a la población infantil. Aunque el aseguramiento en salud es menor que la población general solo la mitad de los migrantes dan un tratamiento formal a sus problemas de salud. **Conclusión.** Se deben establecer políticas específicas para promover el cuidado en salud de las personas migrantes al ser esto un desafío para la salud pública por las políticas de acceso y la atención brindada.

Palabras clave: migración, condición de salud, políticas, calidad, percepción, acceso.

Abstract

Introduction. The human being is characterized by having specific development spheres such as social, physical, family, spiritual and emotional. People known as migrants because they are outside their cultural, family and community sphere, and under atypical conditions they adopt new practices and styles of life, which causes risks to their own health and to the community by which they have been welcomed. **Methodology.** A descriptive study was carried out with the following variables from the 2018 Colombian census: five-year ages, sex, year of arrival in the country, any health problem in the last 30 days, main treatment of the health problem, attention to the health problem, quality of health service provision, any difficulty in their daily life, health insurance, barriers to access to services health, barriers to early childhood care services. **Results.** Health care for the migrant population in Colombia is not on the fringes of the one that had its own population and there is no major difference in terms of quality and coverage, gender and access barriers, which are equal to the general population without differences with respect to the child population. Although health insurance is lower than the general population, only half of the migrants give formal treatment to their health problems. **Conclusion.** Specific policies should be established to promote health care for migrants, as this is a challenge for public health due to access policies and the care provided.

Keyword: migration, health condition, policies, quality, perception, access.

¹Fisioterapeuta Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Epidemiología Universidad del Rosario, Especialista en Estadística Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Antropología Forense Universidad Nacional de Colombia, Especialista en Fisioterapia en el Adulto Crítico Universidad del Rosario, especialista Métodos Análisis Demográfico Universidad Externado de Colombia, Colombia.
²Estadística Universidad Santo Tomas, Especialista Métodos de Análisis Demográfico Universidad Externado de Colombia, Colombia.
³Fisioterapeuta, Universidad del Rosario, Colombia.

ORCID:

<https://orcid.org/0000-0003-2597-1826>

Correspondencia a:

José Iván Alfonso Mantilla

Dirección Postal: Universidad del Rosario, Colombia.

Email: josealfonso25@hotmail.com

Fecha de recepción: 04 de agosto de 2021

Fecha de aprobación: 22 de octubre de 2021

Citar como: Martínez-Santa J, Andrea-Castañeda J, Alfonso-Mantilla JI. Migración y salud, una mirada desde el Censo 2018 en Colombia. Rev. Peru. Invest. Salud. [Internet]; 5(4): 305-310. Recuperado de: <http://revistas.unheval.edu.pe/index.php/repis/article/view/1150>

2616-6097/©2021. Revista Peruana de Investigación en Salud. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC-BY (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>). Permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios.



Introducción

En la actualidad el concepto de migración se ha definido y desarrollado según autores como eventos estructurales específicos que han venido en aumento en países en desarrollo, donde la salud de las personas ha sido un foco de atención para las entidades públicas de los lugares de destino y origen, priorizando la atención en salud para esta población poniendo en evidencia la relación causal entre la migración y la salud como retos a nivel organizacional y de funcionamiento de la prestación de servicios de salud(1, 2).

El ser humano se caracteriza por tener esferas de desarrollo específico tales como social, física, familia, espiritual y emocional. Las personas conocidas como migrantes al estar fuera de su esfera cultural, familiar y comunitaria adoptan nuevas condiciones de vida, lo que ocasiona riesgos para la salud propia y de la comunidad

por la cual han sido acogidos. Este nuevo estilo de vida se relaciona con una alteración en el desarrollo a nivel económico por la incapacidad de acceder a trabajos formales por condiciones sociales y contractuales ocasionado una precarización en la condición y calidad de vida de servicios primarios de atención alterando la salud de los migrantes(3-5).

Los patrones de enfermedad de los migrantes están influidos por las condiciones externas de los sitios de origen y destino siendo categorizados por el estilo de vida de los países, la migración misma determina las condiciones de salud de las personas interviniendo factores principales como causas secuenciales de migración específica tales como la zona de migración (rural-urbana)(6, 7), las características ambientales y situación familiar(8). Esto implica riesgos para la atención en salud como la exposición a enfermedades, el ajuste social y económico influenciado por el nivel educativo y la propia percepción del estado de salud(4, 9), esta

situación se ve agravada por factores como el alto costo de la vida en los países en vía de desarrollo(10-12).

El acceso a los servicios de salud, es un factor de vulnerabilidad para esta población llevando a cambios en la salud pública; por vulnerabilidad en salud se entiende como la falta de protección de grupos poblacionales específicos que presentan problemas de salud particulares, así como a las desventajas que enfrentan para resolverlos, en comparación con otros grupos de población(13, 14). La atención en salud de estos grupos poblacionales no está al margen de la que tenía la población propia y no hay mayor diferencia en cuanto a calidad y cobertura (4, 15, 16). Dentro de este grupo cabe resaltar las mujeres y niños, quienes subutilizan los servicios disponibles principalmente por desconocimiento o miedo a ser deportado en caso de estar en situación irregular. Uno de los desafíos es tratar de nuevo enfermedades que estaban bajo control (17) generando un problema en salud pública para esta población (18).

Esta situación en general, produce un cambio importante en otras variables demográficas como la fecundidad y la mortalidad. Esto se traduce en una amplia gama de necesidades sanitarias que van desde atención en salud reproductiva, salud materno infantil, enfermedades contagiosas, intervenciones de emergencia, enfermedades crónicas, trastornos mentales y del comportamiento (19). En algunos estados solo se prioriza la atención en emergencias donde se ve alterada la vida de la persona llevando a riesgo en salud pública(20). Es así como se visibiliza la importancia de la evaluación y análisis de este proceso donde se propone modelos específicos de análisis para el binomio migración y salud con 3 componentes: el individual (Microambiente comunitario y familiar, macroambiente socioeconómico), los factores determinantes de las condiciones de salud (estilo de vida, estructura y dinámica familiar, organización comunitaria, producción-empleo) y los ámbitos de producción de los servicios de salud (autocuidado, servicios convencionales y no convencionales)(21).

Las organizaciones encargadas afirman que las obligaciones de los Estados está en brindar una equidad e igualdad en el acceso y atención a los servicios de salud a todas las personas donde se incluyen a las personas migrantes a todos los niveles de atención en salud (22, 23). Por ejemplo, Colombia está experimentando un fenómeno de migración importante formulando planes y políticas de acceso y estrategias de información. Esto ha desembocado en desarrollos normativos en salud originados partir del fenómeno migratorio debido a que a la fecha se estima que en Colombia el número de migrantes internacionales radicados es de 1.772.919, de los cuales aproximadamente el 56% son irregulares (5, 24). El país no cuenta con una ley que esté acorde a la realidad ni a las demandas que genera la realidad migratoria actual a diferencia de otros países de la región Latinoamericana y del Caribe que cuentan con iniciativas a nivel de leyes o políticas que buscan otorgar prestaciones en salud a migrantes internacionales (25-27).

Debido a la situación expuesta al aumento creciente de la

migración en Colombia y al ser considerado un problema de salud pública que impacta directamente en los indicadores demográficos y de salud, el presente artículo tiene como objetivo analizar el estado de salud de la población migrante basados en el Censo poblacional de 2018 para encontrar posibles interrelaciones que den soporte a la relación estrecha del binomio migración/salud.

Materiales y métodos

A fin de establecer el contexto sobre el tema de migración y salud se examinaron las siguientes fuentes antecedentes a partir de: (i) publicaciones científicas arbitradas e indexadas, utilizando las siguiente palabras claves consultada en DeCs: Migración, condición de salud, políticas, calidad, percepción, acceso; se utilizaron las bases de datos: Pubmed, Science Direct, Elsevier, Springer Link, Scielo. Los criterios de inclusión fueron: estudios descriptivos y analíticos en los últimos 20 años y que estuvieran en el idioma inglés o español; (ii) fuentes secundarias de las bases de microdatos correspondientes al Censo Nacional de Población del 2018 realizado en Colombia cuyo acceso es libre y disponible al público en general.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con las siguientes variables del censo: edades quinquenales, sexo, año de llegada al país, algún problema de salud en los últimos 30 días, tratamiento principal del problema de salud, calidad de la prestación del servicio de salud, alguna dificultad en su vida diaria, aseguramiento en salud, y barreras de acceso a los servicios de salud

Las variables fueron procesadas en Redatam registradas en una base de datos diseñada en Excel 2016. Se realizó un análisis univariado de las variables y se utilizarán medidas de frecuencia y proporción solamente. Se establecieron las siguientes hipótesis de estudio:

Hipótesis 1: La salud de las personas migrantes y sus familias, se encuentra determinada por el acceso y oportunidad para obtener servicios básicos de salud.

Hipótesis 2: La atención en salud los migrantes es igual a la de la población nativa y no hay mayor diferencia en cuanto a calidad y cobertura.

Resultados

En el cuadro 1 se encuentra que la principal población migrante en Colombia en los últimos 6 años correspondió a los venezolanos quienes representan el 87.18% de la población migrante.

Respecto al aseguramiento en salud el 35% de los migrantes carecen de aseguramiento en salud, este porcentaje es un poco mayor que el de la población en general con un 20% de la población en general.

El 6.98% de los migrantes presento algún problema de salud en los últimos 30 días, de estos el 56% fue de género femenino y con rango de edad entre los 15 y 59 años lo que corresponde a edad productiva (76.77%).

Cuadro 1. País origen población migrante en Colombia

País	2013	2014	2015	2016	2017	2018	No informa	Total	%
Argentina	934	1 644	1 493	1 431	1 378	694	14	7 588	0,81%
Brasil	353	714	889	1 018	1 089	607	29	4 699	0,50%
Chile	414	855	986	1 050	1 165	827	10	5 307	0,57%
Ecuador	836	1 757	2 329	3 289	2 744	1 631	129	12 715	1,36%
México	522	819	835	947	1 048	715	16	4 902	0,53%
Panamá	380	705	825	978	1 162	601	21	4 672	0,50%
España	3 043	4 282	3 209	2 586	2 448	1 345	22	16 935	1,82%
Estados Unidos	2 528	3 461	3 452	4 007	4 672	2 938	45	21 103	2,26%
Venezuela	6 856	26 580	63 085	136 184	296 290	281 208	2 879	813 082	87,18%
No informa	166	18	39	67	139	136	7 498	8 063	0,86%
Otros países	4 091	6 033	5 732	6 143	7 176	4 095	291	33 561	3,60%
Total	20 123	46 868	82 874	157 700	319 311	294 797	10 954	932 627	100,00%

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

Cuadro 2. Aseguramiento en salud

Aseguramiento en salud				
	Población general		Población migrante	
		%		%
Sin privación	34 992 935	80%	605 346	65%
Con privación	8 842 389	20%	327 281	35%
Total	43 835 324		932 627	

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

Cuadro 3. Algún problema en salud

Algún problema de salud últimos 30 días, sin hospitalización				
	Población general		Población migrante	
Si	4 528 062	10,33%	65 081	6,98%
No	38 844 425	88,61%	866 863	92,95%
No informa	462 837	1,06%	683	0,07%
Total	43 835 324		932 627	

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

Cuadro 4. Tratamiento principal

Tratamiento principal problemas de salud				
	Población general		Población migrante	
Acudió a la entidad de seguridad social en salud de la cual es filiado(a)	3 383 667	74,86%	33 055	50,86%
Acudió a un médico particular (general, especialista, odontólogo, terapeuta u otro)	316 709	7,01%	7 218	11,11%
Acudió a un boticario, farmaceuta, terapias alternativas, curanderos, etc.	183 024	4,06%	6 373	9,81%
Usó remedios caseros	316 085	6,99%	6 412	9,87%
Se autorrecetó	193 668	4,28%	7 720	11,88%
No hizo nada	126 167	2,79%	4 217	6,49%
Total	4 520 120	100,00%	64 995	100,00%

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

Respecto al tratamiento se encuentra que solo la mitad de la población migrante acude a la entidad de seguridad social a la que está afiliada lo que contrasta con el 74,86% de la población general, la población migrante recurre a las farmacias, medico particular o se automedica en mayor proporción que el resto de la población.

En general cuando se le pregunta a la población migrante

sobre si recibió atención a su problema de salud no existen unas diferencias muy marcadas con respecto a la población en general. El 94% de los migrantes recibieron atención de sus problemas de salud y el 16% de este grupo percibe una prestación del servicio de salud con mala calidad comparado con el 21% de la población general.

Cuadro 5. Calidad prestación servicios en salud

Calidad prestación servicios de salud				
	Población general		Población migrante	
	Total	%		%
Muy bueno	377 451	11%	4 496	15%
Bueno	2 224 811	68%	21 352	69%
Malo	541 240	16%	3 847	12%
Muy Malo	148 846	5%	1 253	4%
Total	3 292 348		30 948	

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

En cuanto a la existencia de barreras a los servicios de salud esta diferencia solo es levemente más alta comparada con la población en general (8% y 5% respectivamente), en la primera infancia el comportamiento es similar a otros grupos etarios en los 2 grupos de población estudiados.

Cuadro 6. Barreras de acceso

Barreras de acceso a los servicios de salud				
	Población general		Población migrante	
		%		%
Sin privación	41 569 652	95%	860 122	92%
Con privación	2 265 672	5%	72 505	8%
Total	43 835 324		932 627	

Fuente Elaboración propia basada en datos DANE Censo nacional de población y vivienda 2018

Discusión

La atención en salud del migrante representa “un reto para la salud pública, no solo considerando políticas de acceso y de información, sino que sobre todo por la atención basada en un trato humanizado respetando las creencias, valores y expectativas. Una atención digna exige un compromiso real de los estados y sensibilidad de los proveedores de atención de los servicios de salud, si se pretende otorgar servicios integrales basados en el respeto de los derechos humanos a esta población” (28) La presente discusión da sustento teórico a las hipótesis planteadas. En relación a *Migración y género* el 56% de los migrantes que presentaron algún problema de salud eran mujeres, pero respecto al comportamiento diferencial con los hombres no se encontraron mayores diferencias en cuanto acceso, calidad, cobertura y atención del problema de salud. Estos resultados no coinciden con lo reportado en la literatura donde se encuentra como un elemento común la inequidad de género como concepto explicativo del acceso diferencial a los servicios de salud(12, 29, 30) debido a los riesgos potenciales derivados de su situación(31-35). *Migración y percepción del estado de salud* en los resultados se encontró que la población migrante refiere presentar un

solo el 6.98% comparado con el 10.33% de la población general esto puede estar relacionado con que el migrante puede que no declare sus condiciones de salud a la llegada del país, y cuando transcurre el tiempo de residencia puede declarar peores estados de salud por el aumento el número de diagnósticos sobre condiciones de salud preexistentes(36, 37) La “influencia de la cultura influyen en la participación y compromiso de la persona en salud, contribuyendo a reducir la incidencia y el impacto de sucesos adversos evitables en la atención de la salud” (38, 39). En el estudio presente se pudo evidenciar que el migrante aunque tiene asegurabilidad en salud en un 65%, solo la mitad trata su problema de salud y *Migración y calidad de la prestación del servicio de salud* los hallazgos del presente estudio muestran que la población migrante reporta una calidad de prestación de servicios de salud del 84% mucho mayor a la reportada e en la población general (79%) lo cual está acorde con las políticas migratorias que promueven “otorgar prestaciones en salud en un clima amigable para los migrantes, respetando y considerando su identidad, acervo cultural, social y religioso”.

A nivel de *Migración y barreras de acceso a los servicios de salud* el acceso a servicios de salud es diferente en cada país y aunque Colombia cuenta con algunas regulaciones, los migrantes en situación de irregularidad, ya que suelen evadir los mecanismos formales de atención por el miedo a ser deportados, recurriendo a la automedicación, la consulta en la farmacia o el acudir a un médico particular (25, 40), esto coincide con los hallazgos respecto a cuál es la forma de tratamiento del problema en salud. Sin embargo, de acuerdo a los resultados extraídos del censo las barreras son similares a las que muestra la población en general y para finalizar en cuanto a la *Migración y barreras a servicios para cuidado de la primera infancia* debido a las tasas de mortalidad infantil más altas en nuestro país se indago sobre el tema, la literatura reporta que la población infantil que “el migrante deja atrás como y los niños que migran, sumados a la pérdida de referentes afectivos -padres, madres, abuelos u otros- aumenta la probabilidad de que no reciban el mismo cuidado de salud, alimentación ni la protección adecuada contra todas las formas de violencia. Las ausencias que supone la desintegración familiar conllevan un efecto psicosocial significativo que puede traducirse en sentimientos de abandono y vulnerabilidad”(41, 42). Los niños y jóvenes migrantes internacionales enfrentan diferentes retos en salud en comparación con la población local, en particular si se enfrentan a ambientes inseguros o a condiciones sociales adversas (11, 43). En el análisis de datos no se encontraron mayores diferencias en cuanto a barreras con respecto a los otros grupos etarios. Se recomiendan estudios posteriores de corte analítico que permitan profundizar las relaciones entre las variables de estudio y permitan modelar la condición de salud de las personas migrantes.

Conclusiones

La atención en salud de la población migrante en Colombia no está al margen de la que tenía la población propia y no hay mayor diferencia en cuanto a calidad y

cobertura, género y las barreras de acceso, sin diferencias con respecto a la población infantil. Aunque el aseguramiento en salud es menor que la población general solo la mitad de los migrantes dan un tratamiento formal a sus problemas de salud. Se deben establecer políticas específicas para promover el cuidado en salud de las personas migrantes al ser esto un desafío para la salud pública por las políticas de acceso y la atención brindada.

Fuente de financiamiento

El presente estudio no tuvo fuente de financiamiento.

Contribución de los autores

Todos los autores realizaron contribuciones desde su área de experticia al presente artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

- Caballero M, Leyva-Flores R, Ochoa-Marín SC, Zarco Á, Guerrero C. Las mujeres que se quedan: migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud pública de México*. 2008;50(3):241-50.
- Stefoni C. Ley y política migratoria en Chile. La ambivalencia en la comprensión del migrante. La construcción social del sujeto migrante en América Latina. *Prácticas, representaciones y categorías*. 2011:79-110.
- Miguélez F, Recio A. Spain: large-scale regularisation and its impacts on labour market and social policy. *Transfer: European Review of Labour and Research*. 2008;14(4):589-606.
- Fernández JA, Orozco KL. Migración venezolana en Colombia: retos en salud pública. *Salud UIS*. 2018;50(1):6-7.
- Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, Flórez-García VA, Rojas-Botero ML, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Revista de Salud Pública*. 2018;20:530-8.
- Rangel TR. La crisis del sector rural y el coste migratorio en México. *Iberóforum Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 2009;4(8):40-81.
- Andersen LE. Migración rural-urbana en Bolivia: ventajas y desventajas. Documento de Trabajo; 2002.
- Agudelo S, Romero I. El concepto de determinantes de la salud y su estudio. Universidad de Antioquia. 2010.
- Meñaca A. Familias rotas y problemas de salud. La medicalización de las familias migrantes ecuatorianas. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. 2006(22):161-78.
- Cabieses B, Bernal M, McIntyre AM. La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas. 2017.
- Cabieses B, Chepo M, Oyarte M, Markkula N, Bustos P, Pedrero V, et al. Brechas de desigualdad en salud en niños migrantes versus locales en Chile. *Revista chilena de pediatría*. 2017;88(6):707-16.
- Chepo M, Astorga-Pinto S, Cabieses B. Atención inicial de migrantes en Chile: iniciativa en atención primaria de salud a un año de su implementación. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2019;43.
- Yi H, Mantell JE, Wu R, Lu Z, Zeng J, Wan Y. A profile of HIV risk factors in the context of sex work environments among migrant female sex workers in Beijing, China. *Psychology, health & medicine*. 2010;15(2):172-87.
- Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2014;35:284-90.
- Mendoza W, Miranda JJ. La inmigración venezolana en el Perú: desafíos y oportunidades desde la perspectiva de la salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2019;36(3):497-503.
- Caggiano S, Segura R. Migración, fronteras y desplazamientos en la ciudad. *Dinámicas de la alteridad urbana en Buenos Aires*. *Revista de Estudios Sociales*. 2014(48):29-42.
- González Pizarro JA, González Tello PM. Migración latinoamericana en situación de marginalidad. *Campamentos y educación en Antofagasta, 2012-2018*. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*. 2020; 46(2):359-79.
- Ruiz Sánchez JL, Mendoza Parra YL. ¿Cuáles son las dificultades que trajo la inmigración venezolana al sistema de salud en Colombia (2015–Junio 2018)? 2018.
- Moya J, Finkelman J. La migración México-Estados Unidos en el contexto de la salud global. *Salud pública de México*. 2007;49:4-7.
- Amon J, Todrys K. Acceso a tratamiento antirretroviral para las poblaciones migrantes del sur Global. *Sur Revista Internacional de Derechos Humanos*. 2009; 6: 162-87.
- Frenk J, Garnica ME, Zambrana M. Migración y salud: notas sobre un campo interdisciplinario de investigación. *Salud pública de México*. 1987;29(4):276 a 87- a 87.
- Reboiras Finardi LD, Rivera Polo F, Canales Cerón AI, Martínez Pizarro J. Migración y salud en zonas fronterizas: informe comparativo sobre cinco fronteras seleccionadas. 2010.
- Tamagno C. Situación de los Migrantes Extranjeros en el Perú y su Acceso a Servicios Sociales, Servicios de Salud y Educación. 2017.
- Ortega Gómez AM, Mejía Turizo J. La salud de los migrantes venezolanos en el Departamento del Atlántico. 2019.
- Cabieses B, Alarcón A, Bernal M, Astorga S, Martínez F. Informe Final Estudio Licitación Sistematización y Evaluación del Piloto Nacional de Salud de Inmigrantes. Santiago: Ministerio de Salud de Chile En colaboración con Organización Internacional para las Migraciones y Universidad del Desarrollo. 2018.
- Cabieses B, Gálvez P, Ajraz N. Migración internacional y salud: el aporte de las teorías sociales migratorias a

- las decisiones en salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2018;35:285-91.
27. Córdova Muñoz AI, Sierra Baeza RG, Ahumada Cabello R. Percepción de la comunidad peruana respecto del acceso a los servicios básicos de salud, educación y acceso al trabajo: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2008.
 28. Moreno MB, Klijn TP. Atención en salud para migrantes: un desafío ético. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2011;64:587-91.
 29. Castro RP, Bronfman MP. Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión. *Cadernos de Saúde Pública*. 1993;9(3):375-94.
 30. Vega ALB, Ugalde SV. Mujer y migración: alcances de un fenómeno nacional y regional: Editorial Abya Yala; 1995.
 31. Sorensen N. Migración, género y desarrollo: el caso dominicano. *La migración: un camino entre el desarrollo y la cooperación*. 2005:163-82.
 32. Ochoa-Marín SC, Cristancho-Marulanda S, González-López JR. Mujeres compañeras de migrantes: imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva. *Revista de salud pública*. 2011;13:183-95.
 33. Martine G, Hakkert R, Guzmán JM. Aspectos sociales de la migración internacional: consideraciones preliminares. *Revista Notas de Población*. 2000; 73: 163-93.
 34. Baeza B, Aizenberg L, Barría Oyarzo C. Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si somos americanos*. 2019;19(1):43-66.
 35. Benito MJR, Girón MÁ, Gil CG, Parés AS. Las mujeres inmigrantes en Sevilla: salud y condiciones de trabajo. Una revisión desde la medicina social. *Reis*. 2003:123-44.
 36. Rivera B, Casal B, Currais L. Healthy immigrant effect: trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012. *Estudios de Economía Aplicada*. 2013;31(2):339-57.
 37. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the 'healthy immigrant effect': health status and health service use of immigrants to Canada. *Social science & medicine*. 2004;59(8):1613-27.
 38. Johnstone M-J, Kanitsaki O. Culture, language, and patient safety: making the link. *International journal for quality in health care*. 2006;18(5):383-8.
 39. Charles C, Gafni A, Whelan T, O'Brien MA. Cultural influences on the physician-patient encounter: The case of shared treatment decision-making. *Patient Educ Couns*. 2006;63(3):262-7.
 40. Salgado de Snyder N, González-Vázquez T, Infante-Xibille C, Márquez-Serrano M, Pelcastre-Villafuerte B, Serván-Mori EE. [Health services in the Mixteca: use and conditions of affiliation in US-migrant and non-migrant households]. *Salud Publica Mex*. 2010; 52(5):424-31.
 41. Bernaldes M, Cabieses B, McIntyre AM, Chepo M, Flaño J, Obach A. Determinantes sociales de la salud de niños migrantes internacionales en Chile: evidencia cualitativa. *Salud pública de México*. 2019;60:566-78.
 42. Cernadas PC, García L, Salas AG. Niñez y adolescencia en el contexto de la migración: principios, avances y desafíos en la protección de sus derechos en América Latina y el Caribe. *REMHU: Revista Interdisciplinar da Mobilidade Humana*. 2014;22:9-28.
 43. Poveda Rodríguez ST, Villate Niño MP. Derecho a la salud en población infantil migrante venezolana residente en Suacha. 2020.